

FORMULAIRE DE DEMANDE D'ADMISSION

Date de création :..... / /

Nom de votre établissement : ..CENTRE DE SIBOURG

Médecin prescripteur* :

Nom Unité opérationnelle :

RENSEIGNEMENTS PATIENTS**RENSEIGNEMENTS MEDICAUX**

NOM* : **NOM DE JEUNE FILLE** : **PRENOM*** :

DATE DE NAISSANCE* : ... / ... / **SEXE*** : H F Nationalité :

Adresse :

CODE POSTAL* :

--	--	--	--	--

VILLE* :

: **Personne à prévenir** :

Médecin traitant : **N° de sécurité sociale** :

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Caisse d'affiliation : **Mutuelle** :

Environnement social et familial : APA : oui non ASPA : oui non Protection juridique : oui non

Commentaires :

Chambre particulière : oui non

Date hospitalisation* : / / **Admission souhaitée le*** : / /

Type d'hospitalisation souhaitée* : Hospitalisation complète Hospitalisation de semaine
Hospitalisation de jour

RENSEIGNEMENTS PATIENTS**RENSEIGNEMENTS MEDICAUX**

Groupe pathologie* : **Pathologie*** :

Commentaires :

Diagnostic associé :

.....

.....

Date d'intervention : / / **Poids (kg)** : **Taille (cm)** :

Allergies* oui non

.....

TRAITEMENTS

Traitement / Administration / Posologie

.....

.....

.....

.....

Dyalise : oui non - Si oui modalités :

Chimiothérapie : Radiothérapie :

VENTILATION*Autonome A préciser

Oxygène Trachéotomie Ventilation invasive

Ventilation non invasive Aspiration trachéobronchique Aérosols

Commentaires :

FORMULAIRE DE DEMANDE D'ADMISSION

NOM : PRENOM : Date de naissance : / /

RENSEIGNEMENTS PATIENTS

RENSEIGNEMENTS MEDICAUX (Suite)

ETAT CUTANE* Bon A préciser Plaies Escarres Autres Commentaires:CAPACITES FONCTIONNELLES* Autonome A préciser Déplacements* : Autonome Aide partielle Aide totale Commentaires :Transferts* : Autonome Aide partielle Aide totale Commentaires :Toilette* : Autonome Aide partielle Aide totale Commentaires :Habillage* : Autonome Aide partielle Aide totale Commentaires :

ELIMINATION*

Urinaire* : Autonome Cathéter sus-pubien Etui pénien Incontinence
Sonde à demeure Sondage intermittent Stomie

Commentaires :

Fécale* : Autonome Incontinence Stomie

Commentaires :

ALIMENTATION*

Autonome Aide partielle Aide totale Troubles de la déglutition
Nutrition entérale Nutrition parentérale Régime particulier

Commentaires :

COMMUNICATION

Vision : Normale Altérée Cécité Audition : Normale Altérée Surdité Expression/Compréhension* : Normale Altérée Non francophone
Troubles de la conscience Troubles du langage

Commentaires :

.....

TROUBLES DU COMPORTEMENT ET COGNITIFS*

Aucun Agitation Confus Désorientation temporo-spatiale Risque de fugue Risque suicidaire

Commentaires :

CONCLUSIONS

Propositions médicales* :

.....

Orientation prévue à la sortie du SSR* : Domicile EHPAD Etablissement spécialisé
Hébergement famille USLD Pas d'orientation prévue

Commentaires :

.....